

تحقیقی

آسیب‌شناسی ضایعات دهانی در اهواز طی سال‌های ۸۲-۱۳۷۳

دکتر محمد امیدیان*^۱، دکتر نپتون عماد مستوفی^۲، دکتر هاجر بحرانیفرد^۳

۱- دانشیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. ۲- استادیار گروه آسیب‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.

۳- دستیار گروه گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص ضایعات دهانی ممکن است، بسیار مشکل‌تر از ضایعات پوستی باشد، زیرا احتمال دیده شدن ضایعات دهانی کمتر بوده و از طرفی تفاوت رنگ چندانی با مخاط اطراف خود ایجاد نمی‌کند. انجام یک تشخیص صحیح ضروری است، چرا که درمان هر یک از موارد ممکن است، با یکدیگر فرق داشته باشند و نیز پیش‌آگهی آنها با یکدیگر به میزان زیادی متفاوت می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین آسیب‌شناسی انواع ضایعات دهانی در مراجعه‌کنندگان به بخش آسیب‌شناسی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز در طی سال‌های ۱۳۷۳ تا پایان ۱۳۸۳ بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی گذشته‌نگر روی ۵۵۸ نمونه آسیب‌شناسی انواع ضایعات دهانی مراجعه‌کنندگان به بخش آسیب‌شناسی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز در طی سال‌های ۱۳۷۳ تا پایان سال ۱۳۸۳ انجام گرفت.

یافته‌ها: شیوع ضایعات در زنان بیشتر از مردان بود. اغلب ضایعات خوش‌خیم بودند و بیشترین رده سنی درگیر ۳۰-۲۰ ساله بودند. در حالی که کمترین تعداد نمونه مربوط به سن کمتر از ۱۰ سال بود. بیشترین محل بروز ضایعه در لب تحتانی و کمترین محل بروز در گوشه دهان بود. شایع‌ترین تومور بدخیم اسکواموسل کارسینوما و نادرترین نوع بدخیمی ملانوم بدخیم بود که همه بر روی لب تحتانی بودند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که ضایعات خوش‌خیم مخاط دهان در زنان بیشتر از مردان است. فراوانی درگیری لب تحتانی با سایر مطالعات مشابهت داشت. اسکواموسل کارسینوما (SCC) همانند نتایج سایر مطالعات، شایع‌ترین تومور بدخیم بود.

کلیدواژه‌ها: ضایعات دهانی، آسیب‌شناسی، بدخیم، خوش‌خیم، اسکواموسل کارسینوما

* نویسنده مسؤول: دکتر محمد امیدیان، پست الکترونیکی: momidian@yahoo.com

نشانی: اهواز، بیمارستان امام خمینی (ره)، گروه پوست، تلفن: ۲۲۲۲۱۱۴ (۰۶۱۱)، نمابر: ۲۲۱۶۵۰۴

وصول مقاله: ۸۷/۴/۱۸، اصلاح نهایی: ۸۷/۱۰/۹، پذیرش مقاله: ۸۷/۱۰/۲۹

مقدمه

تشخیص ضایعات دهانی ممکن است، بسیار مشکل‌تر از ضایعات پوستی باشد. چرا که کمتر احتمال دارد، دیده شوند و از طرفی تفاوت رنگ چندان با مخاط اطراف خود ایجاد نمی‌کنند (۱). انجام یک تشخیص صحیح ضروری است. چرا که درمان هر یک از موارد ممکن است، با یکدیگر فرق داشته باشند و نیز پیش‌آگهی آنها با یکدیگر به میزان زیادی متفاوت می‌باشد (۱). طب دهان یک میدان پیچیده‌ای است که انواعی از علائم نئوپلازم و بیماری‌های موضعی و سیستمیک را نشان می‌دهد. رویکرد تحقیقات نه تنها روی تظاهرات بالینی این بیماری‌هاست، بلکه روی پاتوژنز آنها نیز متمرکز می‌باشد (۲). در یک مطالعه که در آمریکا روی ۱۰۰۳۰ نفر انجام شد، اغلب ضایعات در لب تحتانی مشاهده شد (۳). در مطالعه‌ای که در یکی از مناطق ایران انجام شده، از ۱۹۹ بیمار بیشتر ضایعات نیز در لب تحتانی بود (۴). بعضی از بیماری‌ها مانند پمفیگوس ولگاریس اکثراً از چندین ماه قبل از مخاط دهان شروع می‌شود. بیماران در این مدت با زخم شدید دهان مراجعه می‌کنند. به طوری که غذا خوردن برایشان بسیار سخت می‌باشد (۵). لیکن پلان که اکثراً با ضایعات دهانی همراه است. زمانی که بیماران با ضایعات پوستی مراجعه می‌کنند، بایستی مخاط دهان نیز معاینه گردد. چرا که اگر این ضایعه در مخاط دهان از دید مخفی بماند و زخم شود، احتمال بدخیمی وجود دارد (۵). بعضی از ضایعات دهانی مانند زخم‌های آفتی می‌توانند، با اختلالات هماتولوژیکی، کمبود آهن سرم، فولات، B12 یا بیماری سلیاک، سندرم بهجت، بیماری کرون و بیماری کولیت السروز همراه باشند (۶و۵). بررسی آسیب‌شناسی ضایعات دهان می‌تواند، در راستای تعیین میزان شیوع ضایعات دهانی در جامعه و مقایسه فراوانی ضایعات بدخیم دهان با سایر نقاط ایران و جهان باشد. همچنین اکثر بیماری‌های پوستی و گاهی بیماری‌های داخلی تظاهرات مخاط دهان دارند که می‌توان، از طریق تشخیص ضایعات دهانی به تشخیص بیماری‌های پوستی یا داخلی رسید. لذا این مطالعه بررسی آسیب‌شناسی انواع ضایعات دهانی در مراجعه کنندگان به بخش آسیب‌شناسی بیمارستان امام خمینی (ره)

اهواز در طی سال‌های ۱۳۷۳ تا پایان ۱۳۸۳ انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی مقطعی گذشته‌نگر ۵۵۸ نمونه آسیب‌شناسی مراجعه کنندگان با ضایعات دهانی به بخش آسیب‌شناسی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز که یک مرکز ارجاعی در خوزستان در جنوب غرب ایران می‌باشد، در طی سال‌های ۱۳۷۳ تا پایان ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده از پرونده‌های بایگانی شده براساس سن، جنس، محل ضایعه و تشخیص نهایی با استفاده از نرم افزار SPSS-13 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

شیوع ضایعات در جنس زن (۳۰۵ مورد، ۵۴/۴ درصد) بیشتر از جنس مرد (۲۵۳ مورد، ۴۵/۱ درصد) بود. اغلب ضایعات خوش‌خیم (۴۶۱ مورد، ۸۲/۲ درصد) بودند و بیشترین رده سنی درگیر ۲۰-۳۰ سال (۹۰ مورد، ۱۶ درصد) بودند. در حالی که کمترین تعداد نمونه مربوط به سن کمتر از ۱۰ سال بود (۲۰ مورد، ۱۳/۶ درصد). بیشترین محل بروز ضایعه در لب تحتانی (۱۵۵ مورد، ۲۷/۶ درصد) بود و کمترین محل بروز در گوشه دهان (۴ مورد، ۰/۷ درصد) بود. بیشترین بیماری‌ها از نظر آسیب‌شناسی نامشخص (۱۳۰ مورد) و تعدادی هم غیراختصاصی بودند که در کل شامل ۱۷۰ مورد (۵۳/۵ درصد) بود. کمترین دسته تشخیصی، خال‌ها (۳ مورد، ۰/۵ درصد) بود و شایع‌ترین تومور بدخیم اسکواموسل کارسینوما با ۸۱ مورد و نادرترین نوع بدخیمی ملانوم بدخیم با یک مورد بود که همه بر روی لب تحتانی بودند (جدول ۱).

بحث

در مطالعه حاضر به طور کلی ۵۵۸ نمونه وجود داشت که بیشترین تعداد ضایعات در زنان مشاهده شد و اغلب ضایعات خوش‌خیم بودند. شایع‌ترین مکان درگیر لب تحتانی بود و بیشترین شیوع ضایعات دهانی در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ ساله دیده شد. در یک مطالعه مقطعی که در آمریکا روی ۱۰۰۳۰ نفر انجام گردید، نشان داده شد که اغلب افرادی که ضایعات دهانی داشتند، ضایعه آنها خوش‌خیم بود و از طرفی ضایعات دهانی بیشتر در مردان دیده شد. شایع‌ترین مکان درگیر در آن

جدول ۱: تومورهای خوش خیم و بدخیم و ضایعات غیر توموری در ضایعات دهانی

ضایعات غیر توموری			تومورهای خوش خیم و بدخیم		
فراوانی (درصد)	تشخیص	محل ضایعه	فراوانی (درصد)	تشخیص	محل ضایعه
۲ (۰/۴)	جسم خارجی		۱۳ (۲/۳)	لکوپلاکی	داخل مخاط گونه
۱ (۰/۲)	<i>Geographic tongue</i>	زبان	۱۳ (۲/۳)	فیروما	
۱ (۰/۲)	گرانولوم ائوزینوفیلیک		۸ (۱/۴)	پلنومورفیک آدنوما	
۳ (۰/۵)	<i>Abcess formation</i>		۱ (۰/۲)	شوانوما	زبان
۲ (۰/۴)	<i>Eosinophilic ulcer</i>	کف دهان	۴ (۰/۷)	پاپیلوما	
۲ (۰/۴)	سیالودنیت مزمن		۳ (۰/۲)	کیست در موئید	
۴ (۰/۷)	<i>Aphthous ulcer</i>	کف دهان و زبان	۳ (۰/۵)	<i>Giant cell granuloma</i>	
۲۴ (۳/۴)	التهاب مزمن	گوشه های لب	۳ (۰/۵)	آدنوئیدسیستیک کارسینوما	
۳ (۰/۵)	دیسکویید لوپوس <i>DLE</i>		۲ (۰/۴)	<i>Lymphangioma</i>	
۳ (۰/۵)	خال		۶ (۱/۱)	همانژیوما	کف دهان
۶ (۱/۱)	<i>verruca vulgaris</i>		۲ (۰/۲)	<i>Lipoma</i>	
۳ (۰/۵)	<i>Lichenoid reaction</i>		۱ (۰/۲)	سیستیک هیگروما	
۱ (۰/۲)	اریتماملتی فرم		۱ (۰/۲)	<i>Myeloepithelioma</i>	
۴ (۰/۷)	<i>Leishmaniasis</i>		۸ (۱/۴)	رانول	کف دهان و مخاط گونه
۱ (۰/۲)	<i>Post inflammatory melanosis</i>	لب تحتانی	۲ (۰/۴)	پروکراتوزیس	
۲ (۰/۴)	التهاب حاد		۸۱ (۱۴/۴)	کارسینوم سلول سنگفرشی	
۳ (۰/۵)	<i>Dermatitis lesion</i>		۹ (۱/۶)	کراتو اکانتوما	
۱ (۰/۲)	<i>Histocytosis</i>		۲ (۰/۴)	<i>Lymphoma</i>	لب تحتانی
۵ (۰/۹)	عفونت		۲ (۲/۳)	<i>Epidermal inclusion cyst</i>	
۱ (۰/۲)	<i>Lymphocytic Vasculitis</i>		۴ (۰/۷)	سودوایی تلیوماهیبرپلازی	
۱ (۰/۲)	<i>Lipoid proteinosis</i>		۱۴ (۲/۵)	<i>Actinic cheilitis</i>	
۱ (۰/۲)	گرانولوم تروماتیک		۱ (۰/۲)	<i>Cutaneous horn</i>	
۱۲ (۲/۱)	پمفیگوس ولگاریس	لب تحتانی و مخاط گونه	۴۴ (۷/۸)	گرانولوم پیوژنیک	لب تحتانی و لثه
۴۲ (۷/۵)	لیکن پلان		۳۶ (۶/۴)	موکوسل	مخاط لب تحتانی
۱ (۰/۲)	<i>Fordyces spot</i>	مخاط گونه	۱۷ (۷/۵)	کارسینوم سلول بازال پوست	
۱۳۰ (۲۳/۲)	نامشخص	-	۱ (۰/۲)	<i>Malignant melanoma</i>	ورمیلیون لب
				ورمیلیون	

مانند اسکواموسل کارسینوما بیشتر در مردان و بیشتر در مخاط بوکال مشاهده شده است (۷). این نیز ممکن است به خاطر عادات غذایی و نوشیدنی های خاص باشد. در مطالعه حاضر، در مجموع از ۹ مورد کراتوآکانتوما که وجود داشت، بیشترین تعداد در زنان و بیشتر در سنین میانسال (بالای ۶۰ سال) مشاهده شد. بیشترین محل درگیر نیز لب تحتانی بود. در حالی که در سایر منابع، شیوع کراتوآکانتوما در مردان بالاتر از زنان بوده که بیشتر در سنین میانسالگی (۶۴ سال) مشاهده شده است و بیشترین محل درگیر را نیز ورمیلیون لب ذکر کرده اند (۵).

مطالعه لبها بود و به دنبال آن سطح پشتی زبان بیشترین درگیری را داشت (۳). علت اختلاف شیوع در دو جنس در آن تحقیق با مطالعه ما معلوم نیست. شاید عوامل گوناگونی در ایجاد بیماری مخاطی دخالت داشته باشند، مثل نوع غذا، نوشیدنی، سیگار و غیره. در مطالعه ما بروز بالای بدخیمی در مردان مورد توجه است که بیشترین محل درگیر نیز لب تحتانی بوده است که احتمالاً به خاطر این است که مردان از نظر موقعیت اجتماع و شغلی بیشتر در معرض آفتاب قرار دارند. در حالی که در مطالعات دیگران نیز ضایعات بدخیمی

نادری در دهان نیز اتفاق می‌افتد که در این مطالعه ۳ مورد وجود داشت که بیشتر در محدوده سنی ۱۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند و شایع‌ترین محل آن زبان بود. در مطالعه‌ای که روی ۱۶ مورد کیست درموئید دهانی در فاصله ده ساله در ایتالیا انجام شد، این ضایعه بیشتر در مردانی دیده شد که به طور متوسط ۲۷ سال سن داشتند و شایع‌ترین محل بروز کف دهان بود (۱۵ و ۱۴). در مطالعه ما در خصوص تعداد ۱۷ مورد بازال سل کارسینوما که بر روی ورملیون لب تحتانی دیده شد که احتمال می‌رود از تهاجم پوست به ورملیون لب منشاء گرفته باشند. بازال سل کارسینوما خیلی به‌ندرت در مخاط اتفاق می‌افتد (۱۶). در مطالعه ما شایع‌ترین ضایعات لب و مخاط دهان اسکواموسل کارسینوما بود که مشابه با آمار ذکر شده در همدان می‌باشد (۴).

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که ضایعات مخاط دهان در زنان بیشتر از مردان و اغلب ضایعات خوش‌خیم بودند و بیشترین محل درگیری لب تحتانی بود. شایع‌ترین و مهم‌ترین ضایعات بدخیم اسکواموسل کارسینوما بود و نادرترین نوع بدخیمی ملانوم بدخیم بود.

تشکر و قدردانی

از کارکنان محترم بخش آسیب‌شناسی بیمارستان امام خمینی (ره) که در گردآوری داده‌ها با ما همکاری نمودند، سپاسگزاریم.

References

- 1) Rinaggio J, Neiders ME, Aguirre A, Kumar V. Using immunofluorescence in the diagnosis of chronic ulcerative lesions of the oral mucosa. *Compend Contin Educ Dent*. 1999;20(10):943-4, 947-8.
- 2) Eisen D, Sexton J. Disorders of oral mucous membrane. In: Arndt KA, Leboit PE, Robinson JK. *Cutaneous medicine and surgery*. 1st. London: Saunders Com. 1996. p: 1329.
- 3) Grekin RC, Samcaska CP, Christian KV. Disorder of the mucous membrane. In: Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's disease of the skin clinical dermatology*. 9th. USA: Saunders Com. 2000; pp: 991-1008.
- 4) Ansari A, Farshchian M, Koosha F. [The survey of frequency, clinical and pathological aspects of lip and oral mucosal lesions on 199 patients during 1991-98] *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services*. 2002;

در مطالعه حاضر بیشترین شیوع لوکوپلاکی در مردانی دیده شد که در محدوده سنی ۷۰-۴۰ سال بودند و بیشتر زبان درگیر بود. در مطالعات دیگران نیز شیوع لوکوپلاکی در مردان دو برابر بیشتر از زنان بود که بیشتر محدوده سنی ۷۰-۴۰ سال را درگیر نموده است و بیشترین محل درگیری داخل لب‌ها بوده است (۸). Actinic cheilitis در مطالعه حاضر بیشتر در زنانی مشاهده شد که در محدوده سنی ۷۰-۴۰ سال قرار داشتند و بیشتر در لب تحتانی دیده شد. در سایر مطالعات ضایعه بیشتر در مردان در محدوده سنی ۸۰-۴۰ سال و بیشتر در لب تحتانی دیده شده است (۹). این نکته قابل توجه‌ای است که چرا زنان که کمتر از آقایان در معرض آفتاب هستند، بیشتر مبتلا به Actinic cheilitis شده‌اند. مشخص نیست و شاید اثر هورمونی یا ارثی دخیل باشد. در مطالعه ما بیشترین تعداد پمفیگوس ولگاریس در زنان در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ ساله بود که بیشتر مخاط بوکال گرفتار شده بود. در مطالعات سایر کشورها، بیشترین بیماران درگیر نیز زنان بودند (۸) که در میانگین سنی ۵۲ سال بودند و بیشترین محل درگیریشان مخاط بوکال و کام سخت بود (۱۰ و ۱۱). در مطالعه ما ضایعات لیکن پلان بیشتر در مردان و با محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ ساله دیده شد و بیشترین محل درگیری لب تحتانی بود، ولی در مطالعات دیگران لیکن پلان اغلب در زنانی دیده شد که در محدوده سنی ۵۰-۲۰ سال قرار داشتند (۱۲ و ۱۳) و بیشترین محل درگیریشان در دهان، سطح پشتی و کناره‌های زبان بود (۵). کیست درموئید بیشتر در پوست دیده می‌شود، اما به‌طور

24(9):47-54. [Article in Persian]

5) Good field MJD, Jones SK, Veole DJ. Connective tissue disease. In: Burns T, Breathnach S, Cox Neil, et al. *Rook's text book of dermatology*. 7th. USA: Black well. 2004; pp: 42.8-9, 66.44-48.

6) Johnston Graham A, Robin AC, Brown G. The Skin and Disorders of the Alimentary Tract and Hepatobiliary system. In: Freedberg IA, Eisen AZ, Wolff K, Fronk Austen K, Goldsmith LA, Katz ST. *Fitzpatrick Dermatology in General Medicine*. 6th. New York: McGroHill. 2004; pp:1609-1620.

7) Chen GS, Chen CH. [A statistical analysis of oral squamous cell carcinoma] *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi*. 1995;11(10):582-8. [Article in Chinese]

8) Bouquot JE, Gorlin RJ. Leukoplakia, lichen planus, and other oral keratoses in 23,616 white Americans over the age of 35 years.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986;61(4):373-81.

9) Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. Oral Dis. 2004;10(4):212-6.

10) Scully C, Paes De Almeida O, Porter SR, Gilkes JJ. Pemphigus vulgaris: the manifestations and long-term management of 55 patients with oral lesions. Br J Dermatol. 1999;140(1):84-9.

11) Anbar TE, Barakat M, Ghannam SF. A clinical and epidemiological study of lichen planus among Egyptians of al-Minya province. Dermatol Online J. 2005;11(2):4.

12) Gao Y, Hua H, Yan ZM, Xu YY. [Histopathological features of oral pemphigus vegetans] Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2005;40(4):284-6. [Article in Chinese]

13) Xue JL, Fan MW, Wang SZ, Chen XM, Li Y, Wang L. A

clinical study of 674 patients with oral lichen planus in China. J Oral Pathol Med. 2005;34(8):467-72.

14) Longo F, Maremonti P, Mangone GM, De Maria G, Califano L. Midline (dermoid) cysts of the floor of the mouth: report of 16 cases and review of surgical techniques. Plast Reconstr Surg. 2003;112(6):1560-5.

15) Mrad Dali-Grissa K, Zrig A, Mhiri-Souii M, Arifa-Achour N, Khochtali H, Tlili-Graies K. [Intralingual dermoid cyst: imaging features of a giant cyst] J Radiol. 2005;86(5 Pt 1):502-5. [Article in French]

16) Takaoka K, Noguchi K, Toyohara Y, Hiromoto T, Okui S, Sakurai K, et al. Keratotic basal cell carcinoma of the tongue: case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2009;47(3):230-2.